

**TRENTE CINQ OBSERVATIONS
D'AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE
RECUEILLIES EN DIX ANS
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1966

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Philippe DEAGE

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 22 Décembre 1938, à CHALON-SUR-SAONE (71)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1966

**TRENTE CINQ OBSERVATIONS
D'AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE
RECUEILLIES EN DIX ANS
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1966

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Philippe DEAGE

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 22 Décembre 1938, à CHALON-SUR-SAONE (71)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

—
1966

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires	M. J. LEPINE, Membre de l'Institut. M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut.
Doyen	M. J.-F. CIER.
Assesseurs	MM. M. LEVRAT et J. DORCHE.
Conseiller Administratif	M. H. PRUVOST.

Professeurs Honoraires : MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON, ENSELME, WERTHEIMER, SARROUY.

PROFESSEURS

Clinique urologique MM.	CIBERT.	Pathologie générale et expérimentale	GIRARD Paul.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Beyrout).	Anatomie	LATARJET.
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON.	Clinique chirurgicale B ..	PEYCELON.
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT.	Clinique médicale D	GIRARD Marcel.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT	Pathologie médicale	VACHON.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique biologique et médicale	X...	Radiologie	PAPILLON.
Clinique chirurgicale A ..	MALLET-GUY.	Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge .	JEUNE.
Pharmacie galénique	REVOL.	Thérapeutique	GONIN.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Bactériologie	MONNET.
Médecine du travail	BOURRET.	Physiologie B	CHATONNET.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Clinique endocrinologique .	GUINET.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Clinique de chirurgie orthopédique	TRILLAT
Botanique et cryptogamie .	NETIEN.	Clinique stomatologique .	FREIDEL.
Clinique chirurgicale C ..	BERTRAND.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .	MARION
Chimie analytique pharmacéutique	BADINAND.	Matière médicale et législation pharmacéutique .	Joseph.
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.	Histologie et embryologie .	DORCHE.
Médecine légale et déontologie	ROCHE.	Chimie	DUMONT Louis.
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.	Physiologie A	PERROT.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phoniologie	MOUNIER-KUHN.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire .	CIER J.-F.
Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.	Clinique de chirurgie cardiaque	PERRIN J.
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS.	Clinique médicale infantile	MICHAUD Pierre
Clinique de pneumo-physiologie	BRUN.	Clinique gynécologique ..	X...
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	MM. CREYSSSEL.	Biologie médicale et pharmacodynamie	MATHIEU.
Clinique carcinologique ..	DARGENT.	Clinique des maladies infectieuses	FAUCON.
Anatomie pathologique ..	GUICHARD.	Hydrologie	BERTOYE.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine ..MM.	BERGER.	Neuro-chirurgie	LECUIRE.
Neuro-chirurgie	MANSUY.	Médecine générale	REVOL.
Chimie générale et pharmacéutique	COLLET.	Thérapeutique chirurgicale	GOINARD.
Clinique chirurgicale prophédeutique	LIARAS.	Médecine générale	PONT Maurice.
		Pathologie métabolique et rénale	TRAEGER.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

ParasitologieMM.	ROMAN.	Médecine générale	DESPIERRES.
Anatomie pathologique ..	FEROLDI.	Médecine du travail	TOLOT.
Physique biologique	MORET.	Parasitologie	GARIN.
Botanique et cryptogamie .	ODDOUX.	Hygiène	THIVOLET.
Chimie analytique	de SOLLIERS.	Chimie analytique	MALLEIN.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSEL Roger	Bactériologie	MM. FLEURETTE.
Electro-radiologie	PINET.	Physiologie	FLANDROIS.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.	Hématologie	MOREL.
Chirurgie générale	DESCOTES.	Chirurgie thoracique et	
Pathologie expérimentale ..	JOUVET.	cardio-vasculaire ..	TERMET.
Physique biologique	PEYRIN.	Pharmacologie	FREDERICH.
Anatomie pathologique ..	TOMMASI.	Chirurgie infantile	DAUDET.
Electro-radiologie	BUFFARD.	Médecine générale et	
Médecine générale et thé-		thérapeutique	BRUNE.
rapeutique	LEJEUNE.	Chirurgie générale	LOMBARD-
Stomatologie	de MOURGUES F.		PLATET.
Maladies infectieuses	NAUSSAC.	Rhumatologie	BOUVIER.
Chirurgie générale	REBOUILLAT.	Pédiatrie	FREYCON.
Pédiatrie	ROMAGNY.	Neuro-chirurgie	LAPRAS.
Médecine générale	DELAHAYE.	Physiologie	PELLET.
Anesthésiologie	DELEUZE.	Electroradiologie	DUQUESNEL.
Electro-radiologie diagnosti-		Orthopédie et traumatolo-	
et thérapeutique	GIRAUD.	gie	DEJOUR.
Anesthésiologie	MICHEL.	Dermato-vénérologie	MOULIN.
Pédiatrie et puériculture ..	FRANÇOIS.	Pneumo-phtisiologie	PERRIN-
Chirurgie générale	MICHOULIER.		FAYOLLE.
Dermatologie	COLOMB.	Médecine générale et	
Médecine générale	LAMBERT.	thérapeutique	PALIARD.
Médecine générale	FRIES.	O.R.L.	MORGON.
Pédiatrie	GILLY.	Ophthalmologie	PAUPERT-
Médecine générale	ROBERT.		RAVAULT M.
Anatomie	BOUCHET.	Anesthésiologie	MOTIN.
Pédiatrie	BETHENOD.	Médecine générale et thé-	
Immunologie, sérologie, hé-		rapeutique	PASQUIER.
matologie	GERMAIN.	Anatomie pathologique ..	VAUZELLE.
Pneumo-phtisiologie	KALB.	Histologie et embryologie ..	CZYBA.
Pédiatrie	LARBRE.	Physiologie	CABANAC.
Chirurgie générale	SOUSTELLE.	Pneumo-phtisiologie	TOURAINÉ.
Médecine générale	VIALA.	Médecine générale et	
Bactériologie, parasitologie,		thérapeutique	BEL.
virologie	VINCENT.	Gynécologie obstétrique ..	CHARVET.
Histologie et embryologie ..	GIROD.	Cancérologie	MAYER.
Chimie biologique	GRAS.	Chirurgie thoracique et	
Médecine légale	COLIN.	cardio-vasculaire	SISTERON.
Chimie biologique	BERTRAND.	Anatomie et chirurgie	
Chirurgie générale	MARET.	générale	BRAILLON.
Bactériologie	VIALLIER-	Chirurgie générale	VILLIERS.
	RAYNAUD.	Chimie biologique	LOUISOT.
Electro-radiologie	CHOLLAT.		

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Hématologie	MM. FAVRE-GILLY.	Pharmacie galénique	MM. ROLLET.
Hygiène	RIFFAT.	Physique	BIZOLLON.

AGREGES EN EXERCICE

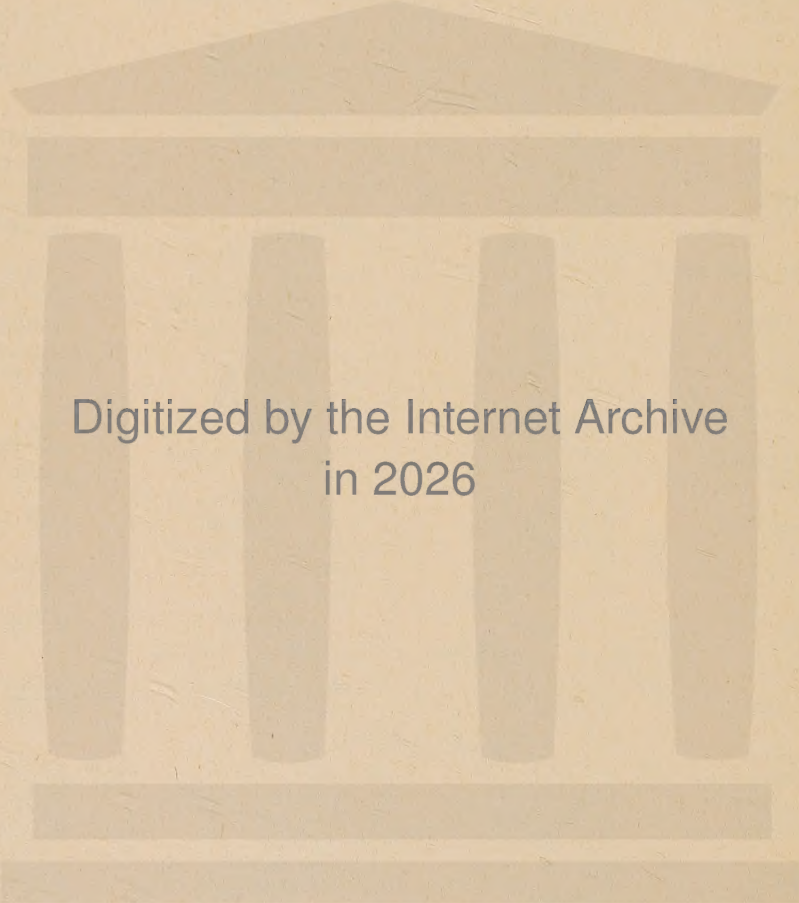
Chirurgie générale	MM. MARION Pierre.	Orthopédie	MM. FAYSSE.
Ophtalmologie	BONAMOUR.	Oto-rhino-laryngologie ..	GAILLARD.
Chirurgie générale	de MOURGUES	Médecine générale	GARDE.
	Georges.	Ophtalmologie	HUGONNIER.
Médecine générale	DEVIC.	Médecine générale	MORNEX.
Obstétrique	DUMONT	Chirurgie générale	MOUNIER-KUHN
	Martial.		Alain.
Urologie	DURAND.	Médecine générale	NORMAND.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Médecine générale	PERRIN André.
Chirurgie générale	SAUBIER.	Stomatologie	DUMAS.
Neuro-psychiatrie	SCHOTT.	Obstétrique	GARMIER.
Neuro-chirurgie	ALLEGRE.	Médecine générale	NOEL.
Electro-radiologie	CHASSARD.	Orthopédie	SCHNEPP.
		Gynécologie obstétricale ..	NOTTER.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. PIGEAUD.

Assesseurs : MM. FRIES, NORMAND et DUMONT.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON GRAND-PERE

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma reconnaissance très profonde pour l'amour dont ils m'ont entouré, pour leurs sacrifices répétés, pour l'exemple de foi et d'énergie spirituelle qu'ils m'ont donné tout au long des années vécues sous leur toit.

A MA FEMME

A MES SŒURS ET A MES FRERES

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR H. PIGEAUD

Deux semestres passés dans son service nous ont fait découvrir la richesse de l'obstétrique mais aussi la rigueur qui préside à chaque décision. Nous avons apprécié la clarté et la précision de son enseignement qu'il ne manque jamais de distribuer à chaque occasion.

Sa bienveillance et sa compréhension, qu'il essaie parfois mais en vain, de masquer, alliées à sa très grande expérience en font le plus séduisant des maîtres.

Il nous a étroitement guidé dans ce travail. Il nous a fait l'honneur de présider notre thèse. Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude et de notre respectueux dévouement.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ D. FRIES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NORMAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMONT

Nous les remercions de l'honneur
qu'ils nous font en jugeant notre
thèse. Qu'il nous soit permis de les
assurer de notre reconnaissance et de
notre respectueux attachement.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. POLLOSSON

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CREYSSEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. DE MOURGUES

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TRAEGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR D. FRIES

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. PIGEAUD

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARVET

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PERRIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LARBRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. FROMENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PERRIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR NORMAND

A NOS AMIS DE L'EXTERNAT

INTRODUCTION

Au cours de notre semestre d'externat à la clinique obstétricale et au cours d'un stage prolongé dans le service, nous avons eu l'occasion d'observer la mise en pratique d'avortements thérapeutiques.

A cette occasion, M. le Professeur Pigeaud nous a dit être frappé par l'augmentation relative, au cours des dernières années, des cas pathologiques à propos desquels se discute une interruption précoce de la grossesse. Il nous a conseillé d'étudier cette question, de rassembler les observations d'avortement thérapeutique et de faire de ce travail l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous avons donc recherché dans les registres de la Clinique Obstétricale, tant dans le service de pathologie de la grossesse qu'au pavillon J, les observations recueillies depuis 1956. Nous nous sommes limités à cette période de 10 ans et nous avons réuni ainsi 35 observations.

Lorsqu'on lit les traités d'obstétrique, on a l'impression que la pratique des avortements thérapeutiques est en voie de disparition. Nous pensons qu'il s'agit d'une sorte de pudeur des différents auteurs, qui n'aiment pas bien aborder un sujet pénible. En réalité, pour ce qui est de notre service, où naturellement les indications sont pesées avec le maximum de rigueur, nous trouvons que le nombre d'interventions dans ce but est en augmentation assez nette, comme en témoigne le tableau récapitulatif. Il ne faut pas s'en étonner, car de nouveaux chapitres pathologiques se sont ouverts grâce aux progrès thérapeutiques.

Un exemple typique en est fourni par les insuffisances rénales chroniques dont la vie peut être prolongée, dans une certaine mesure, par un régime sévère, et qui autrefois ne posaient jamais de problème dans la cadre de la pathologie obstétricale.

Un autre exemple : les progrès du diagnostic cardiologique avec dépistage de lésions Hissiennes ; ou l'existence aujourd'hui de malade ayant subi une intervention cardiaque, mais ne pouvant supporter pour autant le risque d'une maternité.

Un autre exemple : le dépistage plus précoce de certains cancers et en particulier du cancer du col utérin, ce qui, à deux reprises, a conduit à pratiquer une hystérotomie chez deux femmes enceintes de moins de 3 mois et présentant un cancer invasif.

Nous verrons, à propos des indications, que quelques-unes ont été difficiles à poser, en particulier dans un cas où l'on a pratiqué une interruption pour troubles psychiatriques. On sait combien ce domaine est difficile et à quels abus peuvent aboutir la pratique des interruptions de grossesse pour troubles psychiques. Et cependant, chez notre malade, mère de famille nombreuse, avec, depuis le début de la grossesse, des impulsions homicides et suicidaires, l'indication nous a paru formelle.

Il est donc intéressant de reprendre cette question de l'avortement thérapeutique qui, depuis les retentissantes communications de M. Porte, paraît être maintenue dans l'ombre, alors que les indications, sans être nombreuses, apparaissent cependant comme plus fréquentes qu'autrefois.

On va rapporter 35 observations recueillies en 10 ans dans le service. Pendant ce même temps, 30.000 accouchements s'y déroulaient. Nos observations seront groupées sous 4 rubriques, suivant la nature de l'affection pathologique en cause :

- I. — Affections cardiaques.
- II. — Affections néoplasiques.
- III. — Insuffisances rénales.
- IV. — Tuberculose.

V. — Il reste un cinquième groupe réunissant des faits disparates (indications pour psychoses, collagénose, cécité

progressive, etc...). Chacune de ces observations est l'objet d'une discussion particulière.

A la fin de chacun de ces cinq chapitres seront placés les commentaires appropriés ; ces commentaires, repris à la fin, formeront les conclusions de ce travail.

TABLEAU RECAPITULATIF MONTRANT LA FREQUENCE
DES INDICATIONS D'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE
EN FONCTION DES ANNEES ET DES MALADIES EN CAUSE

	CŒUR	NÉPHRO- PATHIE	CANCER	TUBER- CULOSE	DIVERS	TOTAL par ANNÉE
Janvier à juillet 1966	1		1	1	1 (Psychose)	4
1965	3	2	3		1 (Lupus)	9
1964	1	1	2	2		6
1963	2		1		1 (Dermatomyosite)	4
1962		1			1 Périartérite noueuse 1 Cécité 1 Psychose	4
1961 1960						
1959	1	1			1 (Neurinome)	3
1958	1				1 (Sclérose en plaque)	2
1957						
1956		2		1		3
TOTAL sur 10 ans	9	7	7	4		35

CHAPITRE PREMIER

CARDIOPATHIES

Obs. N° 1 : Mme O..., 36 ans - Janvier 1958

RÉSUMÉ :

Grande hypertension avec retentissement cardiaque chez une grande multipare. Rétinite hypertensive. Avortement thérapeutique à la fin du 3° mois : hystérotomie et résection tubaire.

ANTÉCÉDENTS :

VIII° geste. 6 grossesses normales : enfants vivants en bonne santé pesant à la naissance de 3.000 à 4.500 g.

En 1956 : Accouchement prématuré à 7 mois avec mort du fœtus in utero. Elle avait à ce moment là :

- une albuminurie à 15 g/l ;
- une hypertension à 26/14.

GROSSESSE ACTUELLE :

Dernières règles : 27 octobre 1957.

Depuis la dernière grossesse, la tension artérielle s'était maintenue autour de 20/10 sous traitement. Lors de cette VIII° grossesse un épistaxis fait découvrir un chiffre tensionnel à 26/13 sans albuminurie ni azotémie. Adressée dans le service du Prof. Froment, elle présente :

- une hypertension maligne à 24/13 ;
- une hypertrophie ventriculaire gauche ;
- au fond d'œil : des signes de rétinite hypertensive.

Le 25-1-58 : elle est envoyée au pavillon K. La décision d'interruption thérapeutique de la grossesse est confirmée.

« Laparotomie médiane sous-ombilicale, incision longitudinale du fond utérin, extraction d'un fœtus macéré. Résection tubaire bilatérale ».

Dans les suites, la tension artérielle est revenue à 17/10.

Obs. N° 2 : Mme Seig..., 39 ans - Janvier 1965

RÉSUMÉ :

Cardiopathie congénitale cyanogène avec antécédent d'endocardite infectieuse guérie. Deux grossesses antérieures avec enfants morts avant la période de viabilité. Avortement thérapeutique au 3° mois : hystérotomie et résection tubaire bilatérale.

ANTÉCÉDENTS :

Cardiopathie congénitale bien tolérée jusqu'à la première grossesse.

1947 : Episode fébrile qui se révéla être une endocardite infectieuse.

1951 : 1^{re} grossesse : accouchement prématuré à 6 mois d'un enfant vivant de 1.300 g, mort quelques minutes après la naissance.

1953 : 2^e grossesse : accouchement à terme d'un enfant mort in utero.

GROSSESSE ACTUELLE :

Dernières règles : 18-10-1964. Adressée au Prof. Froment qui porte le diagnostic de « cardiopathie congénitale cyanogène de nature un peu incertaine : possibilité d'une communication inter-auriculaire de type ostium primum avec retour veineux pulmonaire anormal », elle arrive dans notre service pour décision d'avortement en raison « du risque vital important chez cette malade cyanosée ».

La décision est confirmée :

- 1) à cause de la cardiopathie avec antécédent d'endocardite infectieuse ;

- 2) et de la gravité de cette cardiopathie ;
- 3) du fait aussi que les deux grossesses antérieures n'ont pu être menées à terme ;
- 4) et enfin que la malade a 39 ans.

INTERVENTION le 23-1-1965 :

Laparotomie médiane sous-ombilicale, incision verticale de l'utérus, extraction de l'œuf. Stérilisation par salpingectomie bilatérale des 2/3 de la trompe et enfouissement des cornes.

Suites simples.

Obs. N° 3 : Mme Esp..., 34 ans - Octobre 1964

RÉSUMÉ :

Cardiopathie avec hypertension pulmonaire et défaillance cardiaque aiguë au cours de la précédente grossesse. Avortement thérapeutique au 3^e mois et stérilisation.

ANTÉCÉDENTS :

1952 : Accouchement spontané à terme d'une fille de 3.650 g.

1955 : Accouchement spontané à terme d'un garçon de 3.700 g. C'est au cours de cette grossesse que la cardiopathie a été découverte.

1963 : Accouchement provoqué six semaines avant terme. L'enfant pesait 2.000 g et est décédé de méningite à un mois.

Après cet accouchement est apparue une dyspnée importante avec cyanose. Elle est hospitalisée dans le service du Prof. Froment : « Découverte d'une pression de 90 mmHg dans son ventricule droit (soit 3 fois la normale) probablement par shunt hypertensif devenu muet secondairement ».

L'état de la malade était tellement alarmant que l'on n'avait pas osé proposer une stérilisation.

GROSSESSE ACTUELLE :

Dernières règles : 17-8-1964. En raison des antécédents très inquiétants, la décision d'interruption ne se discute pas.

INTERVENTION le 4-11-1964 :

Laparotomie, hystérotomie médiane, expulsion en bloc de l'œuf, stérilisation par résection tubaire bilatérale et enfouissement.

Le 5-11 : Crise d'œdème aigu du poumon cédant assez bien au traitement.

La malade quitte le service le 24-11, en bon état.

Obs. N° 4 : Mme Lef..., 34 ans - Septembre 1965

RÉSUMÉ :

Cardiaque en état grave ayant présenté deux crises d'œdème aigu du poumon à la fin de la première grossesse. Arythmie complète et asystolie. Interruption thérapeutique de la grossesse au 4^e mois : hystérotomie et résection tubaire.

ANTÉCÉDENTS :

15 ans : Crise de rhumatisme articulaire aigu.

20 ans : Récidive de R.A.A. qui laisse une insuffisance mitrale très importante avec arythmie complète.

26 ans (1957) : Première grossesse à l'origine de deux œdèmes du poumon au 7^e mois avec fibrillation auriculaire et gros foie douloureux.

GROSSESSE ACTUELLE :

Dernières règles : 27-6-1965. La radiographie montre un très gros cœur.

INTERVENTION le 21-9-1965 :

Hystérotomie et résection tubaire.

Les suites ont été très simples.

Obs. N° 5 : Mme Av..., 36 ans - Octobre 1963

RÉSUMÉ :

Cardiopathie polyvalvulaire grave. Stérilisation envisagée à la suite de la précédente grossesse. Interruption au 3^e mois : hystérotomie et ligature des trompes.

ANTÉCÉDENTS :

Crise de rhumatisme articulaire aigu ayant laissé un rétrécissement mitral peu serré et bien toléré (Prof. Froment).

1956 : Première grossesse normale : A.S.A.T. d'un enfant de 2.650 g.

1957 : Deuxième grossesse normale : A.S.A.T. d'un enfant de 2.350 g. décédé de méningite.

Par la suite, les lésions cardiaques ont dû s'aggraver à bas bruit, car on n'a pas retrouvé de trace d'hospitalisation.

A la fin de l'année 1962 sont apparus des signes fonctionnels très importants, qui font diagnostiquer une cardiopathie complexe avec R.M. + I.M., R.A. + petite I.A. Cette malade présentait de plus une arythmie complète avec foie légèrement augmenté de volume.

GROSSESSE ACTUELLE :

La date des dernières règles ne peut être précisée en raison d'une irrégularité menstruelle, mais c'est au cours de son séjour en service de cardiologie que l'on s'est aperçu de la gravité : cette dernière expliquant pour une part le début de la décompensation cardiaque. Le volume de l'utérus correspondait à une grossesse de 2 mois 1/2 environ.

Le 21-10-1963 : La décision d'interrompre la grossesse est prise en raison de la multiplicité des lésions et de la précarité de l'état circulatoire. Une stérilisation proposée n'avait pas été réalisée. Dans ces conditions, on pratiquera une hystérotomie et une résection des trompes.

Le 24-10-1963 : Petite césarienne à la Bundeau, salpingectomie bilatérale.

Le 10-11-1963 : Départ en bon état.

Obs. N° 6 : Mme Cot..., 31 ans - Octobre 1963

RÉSUMÉ :

Cardiopathie mitrale avec asystolie progressive. Intervention de chirurgie plastique sur la valvule mitrale. Amélioration mais récurrence d'un déséquilibre circulatoire au cours de la grossesse. Avortement thérapeutique au 3° mois : hystérotomie et stérilisation.

ANTÉCÉDENTS :

En 1955, 1956, 1958 : Grossesses et accouchements normaux.

1960 : Découverte d'une insuffisance mitrale avec gros cœur et fibrillation auriculaire.

1962 : Intervention au pavillon « O » pratiquée par le Prof. Michaud, sous circulation extra-corporelle : « Insertion d'un rouleau d'Ivalon sous la petite valve mitrale et tension du bord libre de la grande valve par un point à chaque commissure ». Par la suite très nette amélioration clinique, fonctionnelle et électrocardiographique, mais pas de modification radiologique.

GROSSESSE ACTUELLE :

Au début du mois d'octobre 1963, la malade revient dans le service du Prof. Froment pour une dyspnée d'effort et de décubitus. Cette récurrence des signes fonctionnels fait découvrir la grossesse de 2 mois 1/2 environ.

Le 23-10-1963 : L'indication d'interruption de la grossesse et la stérilisation sont formelles en raison de la fragilité du montage et de l'aggravation récente des signes fonctionnels en rapport avec la grossesse.

INTERVENTION le 30-10-1963 :

Incision de Pfannestiel, petite hystérotomie fondique permettant le curetage d'un œuf vivant. Stérilisation par salpingectomie bilatérale.

Le 14-11-1963 : Départ en excellent état, la dyspnée ayant rétrocedé.

Obs. N° 7 : Mme Ang..., 27 ans - Janvier 1959

RÉSUMÉ :

Récidive d'accident cardiaque après commissurotomie. Œdème aigu du poumon au cours de la précédente grossesse. Avortement thérapeutique au 3^e mois par hystérotomie et stérilisation par résection tubaire.

ANTÉCÉDENTS :

1950 : Crise de rhumatisme articulaire aigu laissant un rétrécissement mitral.

1953 : Commissurotomie pratiquée par le Prof. Marion. Amélioration très nette pendant un an au bout duquel sont réapparus les signes fonctionnels.

1957 : Accouchement à terme d'un enfant de 2.800 g. Forceps systématique. Cette grossesse a été marquée par une crise d'œdème aigu du poumon. Auscultation de sténose mitrale serrée.

GROSSESSE ACTUELLE :

Dernières règles : 25-11-1958.

Le Prof. Pigeaud en accord avec le Dr Gallavardin estime que cette malade ayant présenté un œdème aigu du poumon au cours de sa précédente grossesse, après commissurotomie, ne doit pas courir à nouveau le risque d'une grossesse. Malgré de nouvelles possibilités chirurgicales, on doit conseiller la stérilisation.

INTERVENTION le 30-1-1959 :

Incision de Pfannestiel, hystérotomie saggitale au niveau du fond utérin, extraction de l'œuf.

Résection des deux trompes avec enfouissement des moignons.

Suites simples.

Obs. N° 8 : Mme Thom..., 34 ans - Novembre 1965

RÉSUMÉ :

Défaillance cardiaque, 6 mois après une commissurotomie mitrale, au début d'une grossesse.

Avortement thérapeutique au 3° mois : hystérotomie et stérilisation.

ANTÉCÉDENTS :

Pott de l'enfance ayant nécessité une greffe de colonne vertébrale, laissant toutefois une gibbosité importante responsable pour une partie de l'insuffisance respiratoire.

En janvier 1965 : Commissurotomie mitrale pratiquée par le Prof. Michaud pour une cardiopathie mitro-aortique sur la demande du Prof. Froment. Cette intervention a considérablement amélioré la malade.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 24-8-1965.

Peu après l'arrêt de celles-ci, l'insuffisance cardiaque est réapparue, ayant nécessité l'institution d'un traitement toni-cardiaque.

En raison de l'insuffisance respiratoire et de l'aggravation des signes fonctionnels malgré la commissurotomie, il faut interrompre cette grossesse.

INTERVENTION le 10-11-1965.

Hystérotomie fondique, extraction de l'œuf et ligature-réssection des trompes.

Le 18-11-1965 : Départ en bon état. Suites simples.

Obs. N° 9 : Mme DAN..., 38 ans - Mai 1966

RÉSUMÉ :

Bloc auriculo-ventriculaire complet. Syncopes survenues après le deuxième accouchement et faisant craindre le risque d'une syncope mortelle. Grossesse de 2 mois ayant entraîné de nouvelles pertes de connaissance.

Avortement thérapeutique au début du 3^e mois. Hystérotomie et stérilisation par résection tubaire.

ANTÉCÉDENTS :

1952 : Grossesse normale A.S.A.T. d'un enfant en bonne santé.

1954 : 2^e grossesse normale. A.S.A.T. d'un enfant en bonne santé, mais cet accouchement a été suivi de syncopes.

1962 : Appendicectomie d'urgence et à nouveau pendant les suites opératoires la malade fait 4 ou 5 syncopes par jours de type Stokes-Adams. Un électrocardiogramme fait en février 1963 révèle un bloc auriculo-ventriculaire complet avec automatisme ventriculaire rapide.

Par la suite vie normale sans syncopes.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 24-2-1966. Cette grossesse de 2 mois entraîne la réapparition de syncopes espacées (10 mars et avril 1966).

Le 7 mai 1966 : Elle est examinée par le Prof. Froment qui pense « qu'il n'est pas possible d'envisager à cet âge la pose d'un stimulateur externe sans beaucoup d'appréhension et qu'il n'est pas prouvé qu'on ne puisse pas gagner 10 ans en interrompant la grossesse, puisque chaque fois les syncopes ont été provoquées par une agression obstétricale ou chirurgicale... »

INTERVENTION le 10-5-1966 :

Sous surveillance électrocardiographique continue et perfusion d'Isuprel : hystérotomie corporeale, extraction d'un œuf complet. Salpingectomie bilatérale avec enfouissement de la portion tubaire proximale.

Suites simples mis à part une seule crise de tachycardie à 130 ayant duré quelques minutes.

C'est dans ce chapitre qu'on trouve le plus grand nombre d'observations, puisque, en 10 ans, on a pratiqué 9 avortements thérapeutiques chez des cardiaques. La presque totalité venait des services de cardiologie : Prof. Froment et Prof. Gonin.

Dans un certain nombre de cas, la question de l'interuption thérapeutique de la grossesse se pose très simplement. On estime que ne doit plus avoir d'enfant toute cardiaque qui a présenté à l'occasion d'une grossesse un accident gravido-cardiaque de type paroxystique (œdème aigu du poumon, etc...), ou après l'accouchement, un épisode d'insuffisance cardiaque manifeste et si, bien entendu, aucune thérapeutique chirurgicale ne peut être proposée. Dans ces conditions, chez ces cardiaques qui ne doivent plus avoir d'enfant, il faut proposer une stérilisation. Cette manière de faire a conduit, il y a quelques années, à stériliser des femmes qui ultérieurement auraient pu bénéficier d'une commissurotomie par exemple. Il est donc nécessaire dans ce domaine d'être d'une grande prudence. Mais lorsqu'après examens spécialisés bien conduits, aucune solution thérapeutique efficace ne peut être envisagée, on doit pratiquer une stérilisation. Cela revient à dire que chez un certain nombre de cardiaques, l'avortement thérapeutique au début de la grossesse n'est que le « rattrapage » d'une stérilisation qui n'a pas été pratiquée en temps utile.

Dans un autre groupe, et à l'opposé, nous trouvons des cardiaques qui ont déjà été opérés. Dans deux cas, observations n° 7 et 8, il s'agissait d'une récidence d'insuffisance cardiaque après une commissurotomie.

Dans un autre cas, observation n° 6, l'intervention chirurgicale particulièrement complexe avait permis de reconstituer un orifice mitral efficace. Chez ces trois malades

ayant des enfants vivants, l'indication était assez facile à poser.

Le problème est beaucoup plus difficile lorsqu'il s'agit de primigeste. Il faut évidemment dans ces cas que les lésions majeures et irréductibles mettent de façon pressante les jours de la malade en danger pour que l'on accepte l'interruption de la grossesse.

Notre observation n° 9 fait état de lésions Hissiennes chez une multipare. A ce propos, il nous est arrivé une fois de refuser l'interruption de la grossesse dans de telles circonstances. Tout s'est très bien passé, mais nous avons appris fortuitement que la malade est morte subitement quelques mois plus tard.

En résumé, l'indication de l'avortement thérapeutique chez les cardiaques primigestes ne se pose qu'exceptionnellement. Chez les multipares, l'étude des antécédents obstétricaux associés à l'analyse cardiologique et à la discussion des possibilités de chirurgie cardiaque rend la décision assez facile à prendre.

L'avortement thérapeutique devrait en principe disparaître au bénéfice de stérilisation pratiquée au moment opportun.

CHAPITRE II

NEPHROPATHIES

Obs. N° 1 : Mme S..., 20 ans - Avril 1956

RÉSUMÉ :

Néphrite chronique avec insuffisance rénale grave (Prof. Ravault). Avortement thérapeutique au 3^e mois. Dilatation du col et curetage. Stérilisation conseillée.

ANTÉCÉDENTS :

1954 : 1^{re} grossesse. Au 3^e mois : découverte d'une albuminurie. Accouchement prématuré à 8 mois d'un débile de 1.700 g. en bonne santé.

1955 : Dès le début de la grossesse : présence d'albumine dans les urines ; début d'insuffisance rénale avec azotémie à 0,90 g/l. Elévation de la tension artérielle. Accouchement prématuré au 8^e mois d'une fille de 2.560 g. en bonne santé.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 2-11-1956.

Au 2^e mois, elle est adressée dans le service pour un épisode infectieux avec température à 40°, dans un tableau d'insuffisance rénale complet comportant une déshydratation importante, une acidose, une azotémie à 2,20 g/l qui est montée par la suite à 3 g/l. Le Prof. Ravault dans le service duquel elle a passé une semaine, a diagnostiqué une néphrite chronique azotémique qui pré-existait à la grossesse (son urée était 0,80 g/l) et conseille l'interruption de celle-ci.

L'interruption est décidée et réalisée le 6-6-1956, par mise en place de laminaires. Le 14-6-56 : rejet d'un fœtus de 3 mois

en putréfaction. Révision utérine immédiate ramenant le placenta.

Le 23-6-1956 : retour à l'état antérieur avec urée à 1,33 g/l. Suites simples.

Obs. N° 2 : Mme Roz..., 35 ans - Octobre 1956

RÉSUMÉ :

Onzième geste. Cinq enfants vivants.

Néphrite chronique hypertensive avec grave insuffisance rénale (Prof. Ravault). Avortement thérapeutique au 3^e mois par dilatation du col et curetage. Stérilisation conseillée.

ANTÉCÉDENTS :

1939 : 1) Ablation d'un kyste de l'ovaire gauche.

2) A.S.A.T. d'un garçon de 3.200 g décédé à 13 mois dans un tableau convulsif.

1941 : A.S.A.T. d'une fille de 4.150 g décédée à 9 mois de méningite.

1942 : A.S.A.T. d'une fille de 3.400 g en bonne santé. Albuminurie et pyurie à partir du 6^e mois de la grossesse ayant disparu après l'accouchement.

1944 : A.S.A.T. d'une fille de 2.500 g. Pas d'incident en cours de grossesse.

1948 : A.S.A.T. d'une fille de 4.700 g. Grossesse normale.

1949 : Accouchement prématuré à 6 mois 1/2 d'un débile de 1.200 g décédé rapidement. Nouvelle grossesse et accouchement prématuré d'un fœtus mort in utero, curetage.

1950 : Accouchement prématuré à 6 mois, curetage.

1951 : Accouchement à terme d'un enfant de 2.000 g mort à la naissance.

1954 : Accouchement à 8 mois 1/4 d'un garçon de 1.750 g. A partir du 6^e mois : albuminurie et hypertension à 24. Hémiplégie droite transitoire à l'accouchement. Dans les suites de couches ont persisté l'albuminurie et l'hypertension à 21.

1955 : Accouchement à 8 mois 1/4 d'un garçon de 2.600 g. Présence d'albumine dès le 1^{er} mois de la grossesse avec

hypertension à 24, céphalées, vertiges, œdème des membres inférieurs et de la face. Après l'accouchement : albumine à 0,30 g/l et hypertension à 21.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 23-7-56. Dès le début, albuminurie à 0,45 g/l. Urée à 0,67 g/l. Hypertension à 21/13. Epreuve de la P.S.P. : rien à la 10^e minute, 12 % à la 70^e minute. On décide l'interruption de la grossesse en raison des antécédents obstétricaux et du bilan rénal.

INTERVENTION le 29-10-1956 :

Dilatation du col, curetage, l'œuf est certainement mort depuis plus de 15 jours.

A la sortie : la tension reste à 20/12. La malade est convoquée pour une ligature des trompes, mais n'est pas revenue.

Obs. N° 3 : Mme Ay..., 38 ans - Février 1959

RÉSUMÉ :

IV^e geste, 3 enfants vivants. Néphrite chronique hypertensive. Avortement thérapeutique par dilatation du col et curetage digital au cours du 3^e mois.

ANTÉCÉDENTS :

1944 : A.S.A.T. d'une fille de 2.300 g. Albuminurie au cours du dernier mois de la grossesse.

1947 : A.S.A.T. d'un garçon de 2.800 g. Rien à signaler pendant la grossesse.

1949 : 3^e grossesse normale, accouchement spontané au 8^e mois d'un enfant mort-né.

1956 : A.S.A.T. à 7 mois 1/2 d'un débile de 1.300 g mort peu après la naissance. Dès le début de cette grossesse : albuminurie et HTA à 22. Au moment de l'accouchement : albuminurie à 3 g/l. et hypertension à 26. L'albuminurie a persisté après l'accouchement ainsi que l'hypertension à 22-23.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 11-10-1958.

Au 3^e mois : azotémie à 1,30 g/l, albuminurie : 1,40 g/l, hypertension à 22/12 ; le fond d'œil est normal avec une T.A.C.R. à 70 mmHg. Mais l'état général est très mauvais avec vomissements.

Le 16-11-1958 : « La persistance de l'hyperazotémie chez une femme hypertendue, mère de 3 enfants, commande l'interruption de la grossesse. Etant donné la précarité de l'état de la malade, on renonce à l'hystérotomie. Dilatation du col et mise en place d'une bougie ».

Le 19-11-1959 : mise en place d'une sonde après dilatation à la bougie de Hegar. 48 heures après l'ouverture de l'œuf : expulsion spontanée d'un fœtus mort et du placenta. Curetage digital.

Le 28-11-1959 : La malade part en bon état. Alb. : 0,60 g/l ; urée : 0,58 g/l. Tension à 17/10.

Obs. N° 4 : Mme Char..., 39 ans - Mai 1962

RÉSUMÉ :

Multipare de 39 ans. Néphrite chronique avec mort du fœtus in utero au 4^e mois de la 5^e grossesse. Avortement thérapeutique au 3^e mois de la 6^e grossesse. Hystérotomie et stérilisation.

ANTÉCÉDENTS :

Entre 1945 et 1951, cette malade a eu 4 grossesses normales sans albuminurie ni hypertension ; les accouchements furent normaux et les enfants en bonne santé, pesant de 2.800 à 3.300 grammes.

1958 : cinquième grossesse : elle est hospitalisée dans le service au 4^e mois pour néphropathie gravidique avec albuminurie croissant de 1,60 à 9 g/l, une azotémie normale et une hypertension à 18/9.5. Le traitement hypotenseur et désodé ainsi que la cure de sommeil n'empêchent pas la mort du fœtus in utero devenue certaine le 11-3-1958. Elle accouche spontanément, un mois après, d'un fœtus macéré. Dans les suites de couches : phlébite du membre inférieur gauche ; l'albuminurie persiste à 0,60 g/l et la tension à 16/9.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 20-3-1962.

Tension artérielle : 17/11 ; urée : 0,44 g/l ; albumine : 0,15 g/l.

Le fond d'œil est normal, l'élimination de la P.S.P. est à 0 à la 10^e minute et à 25 % à la 70^e.

EXAMENS BIOLOGIQUES A LA 8^e SEMAINE :

Galli : + limite. Rana-dosage : 330 unités-lapine/litre.

Prégnandiol : 24 mg/24 heures ; Glycuronides : 46 mg/24 h.

La grossesse évolue, mais le taux relativement trop bas pour l'âge de la grossesse traduit une souffrance fœtale. Etant donné les antécédents de mort du fœtus in utero et l'âge de la malade, on décide d'interrompre cette grossesse et de stériliser.

INTERVENTION le 7-6-1962 :

Incision de Pfannestiel, hystérotomie corporéale, extraction d'un œuf vivant. Suture utérine en 2 plans. Stérilisation par ligature résection tubaire. Suites simples.

Obs. N° 5 : Mme Vin..., 34 ans - Juillet 1964

RÉSUMÉ :

Trois enfants vivants. Néphrite chronique hypertensive. Avortement thérapeutique au 3^e mois et stérilisation.

ANTÉCÉDENTS :

A.S.A.T. d'un garçon de 3 kg en 1953.

1955 : A.S.A.T. d'une fille de 3.000 g. Au cours de cette grossesse : glomérulonéphrite aiguë avec récidence en 1956. Amygdalectomie.

1961 : Accouchement spontané 15 jours avant terme d'un garçon de 2.500 g. Albuminurie à 2 g/l.

1962 : Thyroïdectomie pour goitre basedowien (Docteur Soustelle).

1963 : Bilan rénal dans le service du Pr. Traeger. Hypertension à 23 « expliquée par la glomérulo-néphrite aiguë

en 1956 et un rein gauche plus petit que le droit, qui paraît être le siège d'une ischiémie par anomalie artérielle révélée par l'angiographie ».

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 8-4-1964.

Dès le début de la grossesse : présence d'une albuminurie et d'une hypertension à 21, malgré un régime sans sel et un traitement hypotenseur à l'Ismaline.

Elle entre dans le service le 9-7-1964. La décision est prise d'interrompre la grossesse chez cette mère de 3 enfants, présentant une néphro-angiosclérose avec hypertension à 21 au 3^e mois de la grossesse.

Hystérotomie et ligature des trompes.

INTERVENTION pratiquée le 18-7-1964.

Suites simples.

Obs. N° 6 : Mme Ort..., 44 ans - Juin 1965

RÉSUMÉ :

44 ans. XI^e geste, 8 enfants vivants.

Cardiopathie complexe : 2 crises d'œdème aigu du poumon, dont une au cours de la XI^e gestation.

Néphrite chronique hypertensive dominant le tableau clinique.

Hystérotomie et stérilisation au 3^e mois.

ANTÉCÉDENTS :

A l'âge de 14 ans : rhumatisme articulaire aigu avec grosses séquelles endocardiques : rétrécissement mitral, insuffisance mitrale et petite insuffisance aortique sans insuffisance cardiaque.

Entre 1941 et 1948, elle a eu 5 grossesses normales avec accouchements normaux et 2 avortements spontanés à 2 et 3 mois 1/2.

1950 : A.S.A.T. ; 3 semaines après l'accouchement, un épisode de dyspnée avec crise d'œdème aigu du poumon entraîne son hospitalisation à Nice, où l'on découvre une hypertension à 21/12 et une urée élevée.

1951 : neuvième grossesse, relativement bien tolérée.

A.S.A.T. d'un garçon vivant en bonne santé.

1955 : Dixième grossesse marquée par une albuminurie autour de 2 g/l, à partir du 3^e mois, avec œdème des membres inférieurs et plusieurs crises de subœdème pulmonaire. Douze jours après l'accouchement, elle est hospitalisée à Aix-en-Provence pour une impressionnante crise d'œdème du poumon.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 8-2-1965. Elle est hospitalisée dans le service du Prof. Gonin en juin 1965. Il est porté le diagnostic de :

— Rétrécissement mitral et insuffisance mitrale. Insuffisance aortique bien tolérée sans insuffisance cardiaque.

— Albuminurie et insuffisance rénale débutante (urée : 0,60 g/l, clearance de l'urée et de la créatinine perturbées).

— Hypertension à 20/11.

Elle est adressée dans le service.

Le 14-6-1965 : « en raison :

— de la cardiopathie décrite ci-dessus ;

— de la néphrite chronique avec hypertension, aggravée par le début de la grossesse ;

— de la vie très ralentie que mène cette malade, obligée à se reposer beaucoup,

le Prof. Pigeaud est d'accord pour interrompre la grossesse ; bien que la question de la stérilisation ne soit pas importante à l'âge de 44 ans, le col très induré indique la voie haute ».

INTERVENTION le 17-6-1965 :

Incision de Pfannenstiel, hystérotomie transversale, extraction de l'œuf.

Fermeture utérine en 2 plans. Stérilisation par section bilatérale des deux trompes.

Suites simples. Pas d'albumine, tension à 14/9.

Obs. N° 7 : Mme Bon..., 37 ans - Novembre 1965

RÉSUMÉ :

Deux enfants vivants. Insuffisance rénale chronique avec hypertension par néphrite interstitielle sur malformations rénales bilatérales congénitales.

Avortement thérapeutique dès le premier mois de la grossesse. Dilatation, curetage, contraception.

ANTÉCÉDENTS :

Glomérulonéphrite aiguë dans l'enfance. Mariée, mère de 2 enfants en bonne santé, grossesses normales.

Avril 1963 : Hospitalisation dans le service du Prof. Traeger pour « ...néphrite ascendante sur malformations congénitales des reins anciennes et secondairement infectées. Rein droit atrophique dont les calices sont dilatés au contact du cortex. Rien gauche : dilatations calicielles dans sa moitié supérieure... ».

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 15-10-1965.

Hypertension à 18/10. Azotémie à 1,50 g/l et albuminurie.

Prof. Pigeaud : « L'indication de l'interruption de la grossesse est formelle ; l'état de la malade réclame les plus grands ménagements. Il est du reste tout à fait probable que si la grossesse continuait, l'enfant mourrait in utero ».

Le Prof. Traeger pense que l'état critique de la malade contre-indique la laparotomie susceptible d'entraîner une poussée azotémique post-opératoire. Dans ces conditions : avortement par voie basse et contraception rigoureuse.

Le 16-11-1965 : mise en place de lamineaires, puis curetage le 17.

Les suites ont été troublées par une chute tensionnelle à 10, puis par des perturbations ioniques difficiles à corriger, mais surtout par une poussée azotémique à 3 g/l dans les trois jours suivants.

On a su que, par la suite, l'insuffisance rénale s'est décompensée. La malade est arrivée au stade terminal et est décédée en avril 1966.

Sept fois depuis dix ans, à la clinique obstétricale, on a été conduit à interrompre une grossesse pour une affection rénale.

Il y a longtemps que dans le service (thèse de David en 1961) a été isolé le syndrome néphrite chronique et mort du fœtus in utero avant le 6^e mois. Ce sont des femmes dont la grossesse s'interrompt spontanément au cours du 1^{er} ou 2^e trimestre, avant la période de viabilité fœtale. On peut estimer que lorsque pareil accident est survenu deux fois de suite chez une femme présentant une néphrite chronique correctement soignée, il est légitime d'interrompre une 3^e grossesse ; étant bien entendu que ce geste pourrait être évité si une stérilisation était pratiquée systématiquement après le 2^e accident.

Des différents groupes d'indication figurant dans le domaine des interruptions thérapeutiques de la gestation, celui des indications d'ordre rénal est le plus homogène, posant en réalité des problèmes assez faciles à résoudre.

Les résultats sont fonction de la docilité des malades à suivre leur régime, mais surtout de leur état antérieur. Notons que dans une observation, la malade a succombé trois mois plus tard dans un tableau d'insuffisance rénale qui était déjà assez avancé. (Obs. n° 7).

CHAPITRE III

CINQ CAS DE CANCER ET DEUX OBSERVATIONS D'HEMOPATHIE MALIGNE

Obs. N° 1 : Mme Rou..., 25 ans - Novembre 1965

RÉSUMÉ :

Primipare ayant été opérée 1 an auparavant pour une tumeur gastrique maligne avec métastases hépatiques.

Interruption au 2^e mois par curetage.

ANTÉCÉDENTS :

Pas de grossesse ni de fausse-couche.

En janvier 1965 : Gastrectomie et hépatectomie élargie pour tumeur myxoïde dégénérée de l'estomac avec métastases hépatiques. Un abcès sous-phrénique dans les suites opératoires.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 20-8-1965 : grossesse absolument normale avec utérus très mobile.

Les Prof. Saubier et Girard M. affirment formellement le danger de la grossesse en raison du risque de récurrence et de métastase et conseillent l'interruption.

Le 8-11-1965 : Mise en place de laminaires.

Le 9 : Ablation des laminaires et curetage après une injection de Methergin.

Suites simples.

Obs. N° 2 : Mme Bu..., 33 ans - Mars 1966

RÉSUMÉ :

Sept enfants vivants. Cancer du col au stade II dépisté au 3° mois de la grossesse.

Hystérotomie sans ligature des trompes pour permettre une mise en place rapide de radium.

ANTÉCÉDENTS :

Sept grossesses normales avec accouchements normaux. Une fausse-couche en septembre 1965.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles sont du 4-11-1965.

Des métrorragies spontanées et provoquées amènent la découverte d'un cancer du col au stade II avec envahissement des paramètres difficile à apprécier en raison de l'état gravidique déjà avancé.

Le 16-3-1966 : On décide de pratiquer d'urgence une hystérotomie de manière à permettre que soit institué le plus rapidement possible le traitement au radium.

INTERVENTION le 18-3-1966 :

Incision longitudinale basse ; extraction du fœtus et des annexes. Fermeture totale en deux plans.

Par la suite, elle passe au pavillon « L » où l'on pose un tube de radium. Au moment de l'extraction du tube, la malade meurt subitement dans un tableau d'embolie pulmonaire massive.

Obs. N° 3 : Mme Mi..., 36 ans - Janvier 1965

RÉSUMÉ :

Cancer du col diagnostiqué au 3° mois de la grossesse.

Interruption au 3° mois : hystérotomie sans ligature des trompes pour permettre un traitement rapide du cancer par association Radium et Chirurgie.

ANTÉCÉDENTS :

3 grossesses normales avec accouchements spontanés à terme en 1948, 1953, 1957.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 5-10-1964. L'examen du 3^e mois permet de découvrir des végétations cervicales exubérantes dont la biopsie affirme la nature maligne. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux spino-cellulaire peu kératinisant.

Le 7-1-1965 : Les Prof. Pigeaud et Matthieu décident d'interrompre la grossesse immédiatement par hystérotomie de façon à pouvoir traiter rapidement la malade comme n'étant pas enceinte avec radium et hystérectomie ultérieure.

Le 8-1-1965 : Interruption de la grossesse par hystérotomie. Suites opératoires très simples ; elle passe au pavillon « L ».

Obs. N° 4 : Mme Rui..., 23 ans - Mai 1965

RÉSUMÉ :

Cancer du sein traité par irradiation.

Décision d'interruption de la grossesse par hystérotomie complétée d'une castration (Prof. Dargent et Pigeaud). Refus d'intervention chirurgicale.

Avortement thérapeutique par dilatation et curetage.

ANTÉCÉDENTS :

En mai 1965 : découverte d'un cancer du sein très évolué (type II B) avec adénopathies axillaires. Elle est traitée au Centre Léon-Bérard par irradiation.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 13-3-1965. Cette grossesse est découverte en cours de traitement. Le Prof. Dargent et le Prof. Papillon conseillent l'avortement thérapeutique associé à une castration. On a donc proposé à la malade de faire en un temps hystérectomie et castration. La malade refuse cette dernière intervention. On décide alors d'intervenir par voie basse seulement.

INTERVENTION le 13-5-1965 :

Il a été possible de dilater le col jusqu' la bougie n° 10, ce qui permet de faire un curetage immédiat.

Suites simples ; la malade retourne au Centre L.-Bérard.

Obs. N° 5 : Mme Meu..., 36 ans - Octobre 1964

RÉSUMÉ :

Six enfants vivants. Réticulo-sarcome.

Avortement thérapeutique au 3^e mois. Hystérotomie et stérilisation.

ANTÉCÉDENTS :

A 18 ans : Rhumatisme articulaire aigu avec récidence à 23 ans, sans atteinte cardiaque.

Quatre grossesses normales et une gémellaire. Accouchements normaux.

En 1962 : Découverte d'une adénopathie cervicale chronique droite. La biopsie montre qu'il s'agit d'un réticulo-sarcome. Traitement au Cortancyl 5 mois et radiothérapie.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 28-7-1964. Le fait de la grande multiparité facilite la décision. L'indication étant posée formellement par un spécialiste de renom, on décide l'interruption de la grossesse et la stérilisation.

INTERVENTION le 21-10-1964 :

Hystérotomie et extraction facile de l'œuf. Résection tubaire bilatérale avec enfouissement.

Le 24-10-1964 : Tableau d'embolie pulmonaire cédant bien au traitement anticoagulant maintenu 12 jours et arrêté en raison de métrorragies importantes.

Au 16^e jour, tout est rentré dans l'ordre et la sortie est autorisée.

Obs. N° 6 : Mme Cap..., 33 ans - Septembre 1963

RÉSUMÉ :

Deux enfants vivants. Leucémie myéloïde avec traitement antimitotique en cours.

Interruption thérapeutique de la grossesse au 3^e mois par curetage.

ANTÉCÉDENTS :

1952 : Thyroïdectomie (Prof. Peycelon).

1955 : Appendicectomie et découverte de la leucémie myéloïde.

1957 : A.S.A.T. d'un garçon de 4.200 g.

1959 : A.S.A.T. d'une fille de 4.200 g.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 28-7-1963. Cette grossesse survient alors que la malade est traitée au Purinethol pour une poussée évolutive. On décide, en accord avec le Prof. Revol, l'interruption de la grossesse, car :

— il s'agit d'une leucémie myéloïde peu stabilisée (80.000 G.B.) ;

— traitement antimitotique en cours ;

— deux enfants vivants.

Les dosages biologiques (Rana-dosage positif et prolans à 30.000 unités internationales/litre) montrent que le fœtus est toujours vivant.

Le 1-10-1963 : Mise en place de laminaires.

Le 3-10-1963 : Dilatation facile jusqu'à la bougie n° 14, curetage à la curette de Wallich. Le curetage semble ramener l'œuf dans son intégrité.

Le 9-10-1963 : Excellent état local, départ autorisé.

Obs. N° 7 : Mlle Pfef..., 18 ans - Octobre 1964

RÉSUMÉ :

Rétrécissement mitral peu serré.

Sarcome de l'extrémité supérieure du tibia nécessitant une irradiation immédiate.

Interruption thérapeutique au 3^e mois par curetage.

ANTÉCÉDENTS :

1960 : Découverte du rétrécissement mitral suivi par le Dr Gallavardin.

Janvier 1964 : Apparition de douleurs dans la jambe gauche.

Septembre 1964 : Elle entre dans le service du Prof. Trillat pour ces douleurs. Le bilan radiologique et la biopsie révèlent un sarcome de l'extrémité supérieure du tibia gauche nécessitant une cobalthérapie.

GROSSESSE ACTUELLE :

Découverte au cours de son séjour dans le service du Prof. Trillat. Les dernières règles datent du 3-7-1964. Elle entre dans le service. « ...L'évolution d'un sarcome chez cette jeune fille nécessitant une irradiation immédiate et importante, on décide d'interrompre la grossesse par les voies naturelles... ».

Le 21-10-1964 : Mise en place d'une petite bougie de Kraüse, enlevée le 23. Expulsion spontanée et curage le 24.

Le 27-10-1964 : Suites simples, retourne au pavillon « T ».

Par ordre de fréquence, c'est là notre 2^e groupe au même titre que les indications d'avortement dans les néphropathies. Les observations sont diverses, puisque dans ce groupe nous trouvons un sarcome, 2 hémopathies malignes, un cancer gastrique, etc...

Nous notons d'abord deux hystérotomies pour cancer du col (obs. n° 2 et 3) dépistés au 3^e mois de la grossesse. Dans ces cancers du col utérin dépistés au début de la grossesse, en accord avec le Prof. Matthieu, on a décidé d'évacuer l'utérus par voie haute pour permettre trois semaines plus tard de traiter le processus néoplasique par la chirurgie et les agents physiques, c'est-à-dire de mettre la malade dans des conditions thérapeutiques qui paraissent actuellement les plus efficaces.

La question du cancer du sein est évidemment beaucoup plus difficile à trancher ; nous en avons une observation (n° 4).

Plus simple a été le cas d'une malade ayant subi une gastrectomie et hépatectomie élargie pour métastase (obs. n° 1), où le risque de récurrence a été estimé très important par les spécialistes.

Des considérations identiques nous ont poussé à pratiquer l'avortement dans le cas de notre observation n° 5, où cette malade avait présenté un réticulosarcome dans les 18 mois antérieurs.

Nous notons une leucémie myéloïde (obs. n° 9), où la malade est arrivée dans le service après avoir pris des doses importantes de médicaments antimétaboliques faisant craindre des malformations embryonnaires.

Enfin on a interrompu la grossesse chez une jeune fille de 18 ans présentant un sarcome de l'extrémité supérieure du tibia.

Ce groupe des interruptions pour cancer est donc très hétérogène et chaque cas particulier fait l'objet d'une

étude attentive sans qu'il soit possible de tirer des conclusions de portée générale.

Il est tout de même un point qui doit être considéré très sérieusement ; il concerne le cas où une femme au début de sa gestation a subi une irradiation portant sur les voies génitales ou une thérapeutique antimitotique médicamenteuse. Dans l'un et l'autre cas, on a des craintes légitimes quant à l'intégrité des organes fœtaux et cette inquiétude entre en jeu dans certaines indications difficiles.

CHAPITRE IV

TUBERCULOSE

Obs. N° 1 : Mme Cou..., 40 ans - Mars 1964 et Janvier 1966

RÉSUMÉ :

Tuberculose pulmonaire ayant nécessité une pneumonectomie gauche. Asthme résiduel avec insuffisance respiratoire sévère.

1° *Avortement thérapeutique en 1964.*

2° *Avortement thérapeutique en 1966 ; interruption par les voies naturelles, l'état de la malade contre-indiquant une intervention chirurgicale.*

ANTÉCÉDENTS :

Asthme depuis l'enfance ayant laissé une insuffisance respiratoire.

En 1954 : A.S.A.T. d'une fille de 2.700 g.

A la suite de cette grossesse, on découvre une tuberculose massive qui a nécessité une pneumonectomie gauche (Prof. Bérard).

Cette malade en 1963 présentait donc :

- une tuberculose non évolutive guérie ;
- un asthme avec crises fréquentes sur poumon unique, ce qui explique largement l'insuffisance respiratoire très importante avec coefficient de Tiffeneau abaissé à 28 %.

DEUXIÈME GROSSESSE :

Les dernières règles datent de fin décembre 1963. Galli positif. L'avortement thérapeutique, demandé par le Prof. Ollagnier, est justifié par les éléments ci-dessus.

Le 9-3-1964 : Mise en place d'une laminaire.

Le 11-3-1964 : Curetage évacuant des débris ovulaires légèrement nécrotiques. Suites simples.

TROISIÈME GROSSESSE :

Les dernières règles sont du 26-10-1965.

Cette grossesse a entraîné une recrudescence de la dyspnée.

Le 2-1-1966 : Galli positif. Prolans : 5.000 un. lap./l.

L'interruption de la grossesse ne pose pas de discussion, car l'état de la malade est réellement inquiétant et ne permet pas d'envisager un acte chirurgical.

Le 17-1-1966 : Pose de laminaire et curetage le lendemain. Anesthésie au vinether. Le réveil est rapide et sans défaillance respiratoire.

Le 22-1-1966 : Suites simples ; départ autorisé.

Obs. N° 2 : Mme Ne..., 21 ans - Mars 1956

RÉSUMÉ :

Tuberculose pulmonaire bilatérale faiblement évolutive, mais difficile à stabiliser.

Interruption de la grossesse au 3^e mois : laminaire et curetage.

ANTÉCÉDENTS :

1953 : Caverne tuberculeuse du sommet gauche et infiltrat droit. Pneumothorax gauche, P.A.S. et Isoniazide de septembre 1953 à février 1956.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 18-1-1956. L'état pulmonaire de la malade semble stabilisé, cependant l'analyse des crachats montre toujours la présence de B.K.

Le 12-4-1956 : Etant donné que cette tuberculose bilatérale faiblement évolutive est difficile à stabiliser par un traitement actif, l'interruption de la grossesse paraît utile.

Le 4-5-1956 : Pose d'une laminaire.

Le 10-5-1956 : Avortement puis curage.

Suites simples, départ autorisé le 16.

Obs. N° 3 : Mme Va..., 32 ans - Décembre 1964

RÉSUMÉ :

Tuberculose pulmonaire ayant nécessité une intervention d'exérèse pulmonaire laissant une insuffisance respiratoire.

Interruption thérapeutique de la grossesse au 2° mois : Hystérotomie et stérilisation par ligature des trompes.

ANTÉCÉDENTS :

Tuberculose pulmonaire connue depuis 1948.

Pleuro-pneumonectomie gauche par le Prof. Bérard en 1949 et comblement de l'hémothorax avec des billes plastiques.

1956 : A.S.A.T. d'un garçon de 3.750 g.

1962 : A.S.A.T. d'une fille de 3.080 g.

1963 : A.S.A.T. d'un garçon de 3.900 g.

Les 3 grossesses ont été normales.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 11-9-1964. Cette femme est en très mauvais état général, d'une maigreur squelettique (38 kg pour 1 m 62) et anémique.

INTERVENTION le 23-12-1964 :

Hystérotomie et stérilisation par salpingectomie rétrograde sous-séreuse. Suites simples. Elle repart dans le service du Dr Tourniaire.

Il est intéressant, du point de vue de l'évolution des thérapeutiques, de voir combien les interruptions de grossesse pour tuberculose pulmonaire sont devenues rares ; alors qu'il y a 30 ans, elles représentaient la grosse majorité des interventions.

Nous relatons 4 observations en 10 ans, dont deux chez la même malade. On a dit que l'avortement thérapeutique n'avait plus de raison d'être chez les tuberculeuses. Nous pensons que ce n'est pas entièrement exact. Nous continuons à l'admettre dans les cas suivants :

1° Les septicémies tuberculeuses et en particulier les atteintes méningées débutant en même temps que la grossesse.

2° Les tuberculoses bilatérales fibro-caséuses restant évolutives malgré les antibiotiques, la vie restant possible en sanatorium, mais difficile si la malade rentre chez elle.

3° Tuberculose évolutive ou non, accompagnée d'une insuffisance respiratoire grave. C'est dans ces conditions que nous avons dû pratiquer deux interruptions chez une femme tuberculeuse ayant subi une pneumonectomie gauche et présentant une sorte de mal asthmatique avec fibrose du poumon restant (obs. n° 1). Ajoutons que cette femme était dans un état tellement précaire que nous n'avons pas osé lui faire une hystérotomie qui aurait permis de pratiquer du même coup une stérilisation.

CHAPITRE V

INDICATIONS DIVERSES

Il reste sept observations diverses que l'on va maintenant analyser.

I. — Trois cas de collagénoses

Obs. N° 1 : Mme Cha..., 43 ans - Avril 1963

RÉSUMÉ :

Dermatomyosite évoluant depuis 10 ans. Deux enfants en bonne santé. Interruption de la grossesse par hystérectomie subtotale.

ANTÉCÉDENTS :

1947 : A.S.A.T. d'un garçon de 3.000 g.

1953 : Accouchement spontané à 8 mois d'un garçon de 2.600 g.

Pendant cette grossesse, a été découverte une Dermatomyosite suivie par le Prof. Thiers.

1955 : Fausse-couche spontanée de 2 mois.

Cette dermatomyosite a été traitée à la cortisone pendant 3 années, au bout desquelles elle a paru s'être stabilisée. Nouvelle poussée en 1960 à la suite d'une grippe.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 28-1-1963. Cette grossesse déclenche à nouveau une poussée évolutive pour laquelle le Prof. Thiers demande une interruption.

De plus, l'examen gynécologique montre un utérus poly-fibromateux.

Le 3-4-1963 : On pratique au 3^e mois une hystérectomie subtotale sans incidents. Suites simples.

Obs. N° 2 : Mme Du..., 40 ans - Janvier 1962

RÉSUMÉ :

VIII^e geste, 3 enfants vivants.

Périartérite noueuse et insuffisance rénale avec avortement à répétition à partir de la 5^e grossesse.

Interruption thérapeutique au 3^e mois de la 9^e grossesse : hystérotomie et stérilisation.

ANTÉCÉDENTS :

Entre 1941 et 1948 : Deux grossesses normales, une fausse-couche et une grossesse normale.

1949 : Fausse-couche au 3^e mois et curage.

1953 : Accouchement prématuré à 6 mois d'un fœtus de 600 g mort in utero.

1954 : Accouchement prématuré à 5 mois d'un fœtus de 700 g mort in utero. C'est au cours de cette 7^e grossesse que la périartérite noueuse a été diagnostiquée sur un ensemble de signes biologiques (albuminurie, hypertension à 20) et anatomo-pathologique (biopsie d'une plaque sur la face externe de la cuisse).

De plus, obésité (100 kg pour 1 m 70) et dyspnée.

1957 : 8^e grossesse ; accouchement en octobre 1957 d'un fœtus macéré de 1.400 g.

Elle avait présenté au cours de cette grossesse une pyélonéphrite surajoutée à la lésion rénale et le traitement hormonal dirigé n'a pu éviter la mort du fœtus.

GROSSESSE ACTUELLE :

C'est-à-dire la 9^e. Les dernières règles datent du 1-11-1961. Elle entre dans le service au cours du 3^e mois.

Galli positif ; Urée : 0,50 g/l ; Hypertension à 17/10. Epreuve de l'élimination de la P.S.P. :

10 minutes après : 10 % ;

70 minutes après : 48 %.

On décide en janvier 1962 une interruption et une stérilisation. En effet, cette périartérite s'est accompagnée, au cours des trois grossesses précédentes, d'hypertension avec mort du fœtus avant la période de viabilité.

INTERVENTION le 27-1-1962 :

Hystérotomie médiane. Evacuation d'un œuf entier. Salpingectomie bilatérale avec enfouissement.

Obs. N° 3 : Mme Qui..., 22 ans - Juillet 1965

RÉSUMÉ :

3° geste. 2 enfants vivants.

Lupus érythémateux disséminé avec syndrome néphrotique (Prof. Traeger).

Avortement thérapeutique au 3° mois. Stérilisation discutée puis réalisée du fait d'impossibilité de contraception efficace.

ANTÉCÉDENTS :

1961 : A.S.A.T., mais la grossesse a été marquée par une albuminurie à partir du 3° mois.

1963 : A.S.A.T., grossesse normale.

Août 1964 : Néphrite aiguë à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu.

Novembre 1964 : Syndrome néphrotique nécessitant un séjour dans le service du Pr. Traeger. L'enquête étiologique amène la découverte d'une lupo-érythémato-viscérinite avec un taux d'anticorps antinucléaire à 1/64.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 28-4-1965.

Prof. Pigeaud : « ...Cette malade a donc présenté une néphropathie gravidique au cours de sa 1^{re} grossesse. La 2^e a été sans incident, ce qui tend à prouver que la maladie actuelle est sans rapport avec la néphropathie gravidique de 1961. Le syndrome néphrotique étant nettement aggravé par la grossesse et cette femme ayant par ailleurs deux enfants, l'indication d'avortement est posée. Etant donné qu'il s'agit d'un ménage jeune, paraissant incapable de se soumettre à une contraception rigoureuse, on décide l'hystérotomie avec stérilisation.

Le 6-7-1965 : Rana positif.

INTERVENTION le 9-7-1965 :

Hystérotomie : césarienne à la Brindeau ; extraction d'un œuf de 2 mois ; salpingectomie bilatérale des 2/3 internes des trompes avec enfouissement du bout utérin.

Le 19-7-1965 : Etat local et général satisfaisant. Elle retourne dans le service du Pr Traeger très améliorée ; les œdèmes ont disparu.

II. — Deux cas de psychoses

Obs. N° 4 : Mme Des..., 39 ans - Juin 1962

RÉSUMÉ :

Grande multipare présentant des troubles psychiques graves, l'obligeant à de fréquentes cures psychiatriques.

Iso-immunisation relativement sévère avec anasarque au cours de la dernière grossesse.

Avortement thérapeutique à 2 mois 1/2 et curetage.

ANTÉCÉDENTS :

1941 : A.S.A.T. d'un garçon de 3.750 g atteint de débilité mentale à la suite d'une méningite contractée à 13 mois.

1943 : A.S.A.T. d'un garçon de 4.000 g en bonne santé.

1944 : 3^e grossesse avec hémorragie au 8^e mois, accouchement d'un garçon qui meurt 2 heures après.

1945 : Accouchement 8 jours avant terme d'un enfant mort macéré.

1952 : A.S.A.T. d'un enfant décédé à 7 mois (broncho-pneumonie compliquée de toxicose).

1954 : Cholécystectomie.

1955 : A.S.A.T. d'un garçon de 3.350 g, qui a présenté un ictère 8 heures après la naissance avec séquelles de paralysie. Décédé à 22 mois d'une encéphalite.

1958 : Fausse-couche de 2 mois, curetage.

1960 : Grossesse suivie au pavillon « K » ; le groupe sanguin maternel était ARh-négatif, celui du père : O Rh positif. Traitement au cortancyl à partir du 7^e mois.

Le 12-8-1960 : Taux d'agglutinine à 1/64. On provoque l'accouchement un mois avant terme par mise en place d'une

bougie de Kraüse. Mais l'enfant était macéré et présentait un anasarque.

Cette malade a donc eu 8 grossesses et seulement deux enfants vivants, dont un débile, ce qui est à l'origine de troubles psychiques importants.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 4-5-1962. Etant donné les antécédents obstétricaux, l'iso-immunisation sévère, on décide un avortement thérapeutique par voie basse, la grossesse étant de moins de 2 mois.

LE 2-7-1962 :

Dilatation et curetage.
Suites simples.

Obs. N° 5 : Mme Ma..., 33 ans - Janvier 1966

RÉSUMÉ :

Troubles psychiques permettant cependant une vie familiale. Trois enfants vivants. Aggravation de la psychose au début de la grossesse actuelle avec idée de meurtre.

Avortement thérapeutique au 3^e mois : hystérotomie et stérilisation.

ANTÉCÉDENTS :

1957 : Apparition de troubles psychiques aigus avec anorexie mentale ayant entraîné une perte de poids de 30 kilos et accès mélancoliques. Psychose anxieuse délirante traitée par cure de Sakel.

1960 : A.S.A.T. d'un enfant en bonne santé de 3.800 g.

1961 : A.S.A.T. d'un enfant en bonne santé de 3.500 g.

1962 : A.S.A.T. d'un enfant en bonne santé de 3.100 g.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles sont du 28-10-1965. Cette grossesse n'est pas acceptée et aggrave considérablement son état psychique.

Elle est montrée à un psychiatre (Dr Bourrat) qui conclut : « ...Après le 3^e enfant, début de névrose anxieuse avec pensées compulsives : peur de faire mal à ses enfants, à son mari, elle ne se sent pas maîtresse d'elle-même lorsqu'elle corrige ses enfants. Actuellement cet état est aggravé par le début de grossesse mal acceptée... ».

INTERVENTION le 27-1-1966 :

Hystérotomie. Extraction d'un petit fœtus. Salpingectomie totale bilatérale avec enfouissement du bout utérin.

Le 5-2-1966 : Départ en bon état.

Trois observations exceptionnelles

Il reste 3 observations tout à fait exceptionnelles dans lesquelles l'indication a été très sérieusement discutée.

Obs. N° 6 : Mme Di..., 34 ans - Septembre 1962

RÉSUMÉ :

Cécité complète de l'œil droit à la suite d'un glaucome. Baisse progressive de l'acuité visuelle de l'œil gauche avec aggravation dès le début de la grossesse.

Avortement thérapeutique au début du 3^e mois : Hystérotomie et stérilisation.

ANTÉCÉDENTS :

1952 : 1^{re} grossesse normale, accouchement normal.

1957 : 2^e grossesse : A.S.A.T. d'une fille de 3.000 g. C'est au cours de cette grossesse qu'est apparu un glaucome de l'œil droit ayant entraîné la cécité de cet œil.

1960 : Iritis de l'œil gauche avec baisse de l'acuité visuelle. Elle est traitée par le Prof. Paufigue.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 27-7-1962.

Elle nous est adressée par le Prof. Paufigue avec une indication formelle d'interruption de la grossesse. Perte totale d'un œil ; cécité progressive de l'œil restant avec aggravation nette dès le début de la grossesse actuelle. On décide de pratiquer une hystérotomie et une ligature des trompes.

INTERVENTION le 13-9-1962 :

Hystérotomie médiane antérieure ; évacuation d'un œuf correspondant à une grossesse de cinq semaines. Ligature résection des deux trompes.

Le 24-9-1962 : Suites simples. Retourne dans le service du Prof. Paufigue.

Obs. N° 7 : Mme Gi..., 31 ans - Mai 1959

RÉSUMÉ :

Un enfant ; neurinome de l'acoustique ayant été opéré en 1956, puis ayant récidivé en 1958.

Avortement thérapeutique par hystérotomie sans stérilisation.

ANTÉCÉDENTS :

1952 : 1^{re} grossesse : accouchement spontané à 8 mois d'une fille en bonne santé.

1956 : Ablation d'une tumeur se développant sur le nerf acoustique gauche. (L'anatomo-pathologie montre qu'il s'agit d'un neurinome).

Novembre 1958 : Récidive de cette tumeur. Nouvelle intervention laissant une surdité complète de l'oreille gauche avec paralysie des muscles moteurs de l'œil gauche.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent du 15-1-1959. Cette grossesse est très mal supportée, contexte moral épouvantable et vomissements incoercibles.

L'examen montre, outre la surdité et la paralysie faciale gauche, un syndrome cérébelleux.

Après enquête auprès des neurologues et des psychiatres, d'accord avec le Prof. Wertheimer, on décide d'interrompre la grossesse.

INTERVENTION le 2-5-1959 :

Hystérotomie sans stérilisation. Suites simples.

Obs. N° 8 : Mme Sou..., 34 ans - Juin 1958

RÉSUMÉ :

Six enfants vivants ; sclérose en plaque. Deux avortements thérapeutiques.

*Interruption thérapeutique de cette grossesse au 3^e mois.
Hystérotomie et stérilisation.*

ANTÉCÉDENTS :

A partir de 1951 : apparition des premiers signes neurologiques : troubles visuels, tremblement des extrémités, parésie des deux membres inférieurs, syndrome cérébelleux et nystagmus.

Six grossesses avec accouchements normaux et six enfants vivants.

Deux avortements thérapeutiques par curetage.

GROSSESSE ACTUELLE :

Les dernières règles datent de fin mars 1958.

Depuis le début de la grossesse, les paralysies des membres inférieurs se sont aggravées et rendent cette malade complètement impotente.

INTERVENTION le 23-6-1958 :

Hystérotomie et résection des deux trompes. Suites simples.

Ce groupe d'observations montre les difficultés auxquelles sont confrontés médecins et accoucheurs dans certains cas difficiles.

Trois grossesses ont été interrompues pour un syndrome entrant dans le cadre des « maladies du collagène » :

Un lupus érythémateux (obs. n° 3) ;

Une dermatomyosite (obs. n° 1) ;

Une périartérite noueuse (obs. n° 2).

L'indication d'interruption est ici très discutable. On sait maintenant que la thérapeutique cortisonique chez la femme enceinte n'est pas génératrice de malformation fœtale. Il existe des observations de dermatomyosite traitée ainsi pendant toute la grossesse, laquelle s'est terminée par la naissance d'un enfant d'apparence normale. En réalité, dans chaque cas interviennent des facteurs d'environnement :

— allure de la maladie ;

— efficacité de la thérapeutique ;

— existence d'enfant vivant.

Chaque malade pose un problème particulier qui, dans certains cas, a été résolu par l'interruption de la grossesse, sans qu'il soit possible de définir une attitude générale.

Il en est de même d'ailleurs dans une observation d'interruption pour troubles psychiques (obs. n° 5). L'indication était difficile à poser, mais cette femme avait trois enfants vivants ; les manifestations nerveuses s'étaient aggravées dès le début de la gestation et — ceci nous mettait dans le cadre de la loi — elle courait un danger vital, puisqu'elle menaçait de se suicider et de tuer ses enfants.

Dans un autre cas de maladie psychique (obs. n° 4) la décision a été très facile à prendre, car cette femme présentait en outre une iso-immunisation sévère.

Ces faits étant rapportés, tout le monde doit être d'accord pour reconnaître que les indications des interruptions de grossesse dans le cadre de la psychiatrie restent tout à fait exceptionnelles.

Il reste trois observations qui, là aussi, n'ont conduit à l'interruption qu'avec hésitation et après consultation de différents spécialistes.

— Une menace de cécité sur œil unique (obs. n° 6). Cette femme est suivie depuis trois ans et elle n'a pas évolué depuis l'intervention.

— Une sclérose en plaque (obs. n° 8).

— Un cas de neurinome récidivant du nerf acoustique conjointement à une grossesse (obs. n° 7).

CONCLUSIONS

Du fait, semble-t-il, d'un sentiment de malaise, on ne parle jamais de l'avortement thérapeutique, si ce n'est pour dire que sa pratique est devenue exceptionnelle. Or cela n'est pas exact et certains progrès thérapeutiques, en particulier dans le domaine du traitement des cancers, de l'insuffisance rénale, proposent de nouvelles indications.

Nous rapportons 35 observations recueillies sur une période de 10 ans à la clinique obstétricale, en faisant remarquer que les indications d'interruption sont un peu plus fréquentes au cours des dernières années.

On groupe ces observations de la manière suivante :

- 9 cardiopathies ;
- 7 néphropathies ;
- 7 néoplasies diverses ;
- 4 tuberculoses.

Il reste enfin 8 observations diverses dont chacune pose un problème particulier :

- 3 collagénoses ;
- 1 psychose à tendance homicide ;
- 1 autre psychose chez une femme iso-immunisée avec récurrence de mort du fœtus in utero ;
- 1 sclérose en plaque ;
- 1 neurinome déjà opéré et récidivant ;
- 1 menace de cécité complète chez une femme ayant déjà perdu un œil à la suite d'un glaucome.

A la fin de chacun des chapitres consacrés à l'étude d'un groupe particulier d'observations, figurent des commentaires qui éclairent la façon dont est envisagé actuellement, à la clinique obstétricale, le problème de l'avortement thérapeutique.

Vu :

Le Doyen,
J.-F. CIER.

Vu :

Le Président de la Thèse,
H. PIGEAUD

Vu et permis d'imprimer : Lyon, 16 Septembre 1966.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
P. LOUIS.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
<i>Chapitre Premier.</i> — CARDIOPATHIES	13
<i>Chapitre II.</i> — NÉPHROPATHIES	25
<i>Chapitre III.</i> — CINQ CAS DE CANCER ET DEUX OBSERVA- TIONS D'HÉMOPATHIE MALIGNE	35
<i>Chapitre IV.</i> — TUBERCULOSE	43
<i>Chapitre V.</i> — INDICATIONS DIVERSES	47
I. — Trois cas de collagénoses	47
II. — Deux cas de psychoses	50
III. — Trois observations exceptionnelles	52
CONCLUSIONS	57

